AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Office of Addiction Services and Supports

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información médica relativa a mi atención y tratamiento pueda ser divulgada e intercambiada como se establece en este formulario. Entiendo que:

1 Esta autorización puede incluir la divulgación de toda la información sobre mi salud, incluida, si procede, toda la información relacionada con el TRATAMIENTO del CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS, el TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL, asimismo los EXPEDIENTES CLÍNICOS*, la información GENÉTICA, de PLANIFICACIÓN FAMILIAR y la relacionada con el VIH/SIDA. En caso de que la información médica descrita a continuación incluya alguno de estos tipos de información, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a las entidades indicadas en el punto 6.

2 Con algunas excepciones, la información médica una vez divulgada puede ser divulgada de nuevo por la entidad receptora. Si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento del consumo de alcohol o drogas, o el tratamiento de salud mental, incluidos los expedientes clínicos*, la información genética o de planificación familiar, se prohíbe a la entidad receptora volver a divulgar dicha información o utilizar la información divulgada para cualquier otro fin que no sea el indicado en esta autorización sin mi autorización adicional, a menos que lo permitan las leyes federales o estatales. Si sufro discriminación debido a la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.

3 Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo al proveedor indicado en el punto 5. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hubieran adoptado medidas basadas en esta autorización.

4 La firma de esta autorización es voluntaria. Entiendo que, en general, el acceso a los servicios no estará condicionado a mi autorización de esta divulgación. Sin embargo, entiendo que se me puede negar el tratamiento en algunas circunstancias, si no firmo este consentimiento.

5. Nombre y dirección del proveedor o de la entidad a la que se divulgará e intercambiará esta información:

Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción, 1450 Western Ave, Albany, NY 12203

6. Nombre y dirección del proveedor o proveedores que divulgan e intercambian información:

Autorizo al/a los proveedor(es) indicado(s) a continuación a ingresar mi información personal de salud en una encuesta de SurveyMonkey que cumple con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), a la que tendrá acceso la entidad mencionada anteriormente, (la Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción). Para que la calidad de los servicios que recibo pueda ser evaluada, también doy mi consentimiento para todas las comunicaciones necesarias entre la Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción y el/los siguiente(s) proveedor(es), en relación con mi historial de tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, servicios de tratamiento actuales y propuestos:

- Nombre y dirección del proveedor:
- Nombres y direcciones de proveedores adicionales:

7. El objetivo de esta divulgación es permitir que las entidades autorizadas se comuniquen con la Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción para facilitar la presentación de informes.

8. La información sobre mi salud puede ser divulgada e intercambiada durante un periodo de dos (2) años a partir de la última fecha de servicio, o a menos que se revoque.

9. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	10. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos de este formulario, se respondieron mis preguntas sobre el mismo y se me entregó una copia de él.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LA LEY _____ FECHA _____

Este formulario fue aprobado por la Oficina de Servicios y Apoyos para la Adicción del Estado de Nueva York para permitir la divulgación de información médica. Sin embargo, este formulario no obliga a los proveedores de atención médica a divulgar información médica.

La información relacionada con el tratamiento de alcohol/drogas o la información confidencial relacionada con el VIH, divulgada a través de este formulario, debe ir acompañada de las declaraciones requeridas sobre la prohibición de volver a divulgarla.

*Nota: la información de los expedientes clínicos de salud mental puede ser divulgada, en virtud de esta autorización, a las partes identificadas en este documento que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que no se espere razonablemente que la divulgación sea perjudicial para el paciente o para otra persona.